FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

DE

AUGUSTO DE SOUZA MARQUES

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

PARA SER SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1871

POR

Augusto de Souza Marques

NATURAL DESTA PROVINCIA,

FILHO LEGITIMO DO DR. PEDRO DE SOUZA MARQUES E D. MARIA CAROLINA DE SOUZA MARQU.

PARA OBTER O GRÁO

DE DOUTOR EM MEDICINA.

> O medico é mais do que um funccionario; é mais do que um apostolo; é o sacerdote de uma religião! E quando a humanidade entra nos seus templos o seu primeiro dever é descobrir-se, porque está na presença de quem a cura!
>
> (VIEIRA DE CASTRO)

BAHIA

TYPOGRAPHIA DO "DIARIO"

1871

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. VICENTE FERREIRA DE MAGALHÃES.

LENTES PROPRIETARIOS.

Os Srs. Doutores	Materias que leccionão
	1.º anno.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
	2.º anno.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º anno.
Cons. Elias José Pedrosa	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Siqueira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Phisiologia.
	4.º anno.
Cons. Manuel Ladislau Aranha Dantas	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Cons. Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º anno.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica e therapeutica.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria e apparelhos.
	6.º anno.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene e Historia da Medicina.
José Affonso Paraizo de Moura	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

Ignacio José da Cunha	Secção Accessoria.
Pedro Ribeiro de Araujo	
José Ignacio de Barros Pimentel	
Virgilio Climaco Damazio	
. . . .	
Augusto Gonsalves Martins	Secção Cirurgica.
Domingos Carlos da Silva	
Antonio Pacifico Pereira	
. . . .	
. . . .	
. . . .	Secção Medica.
Ramiro Affonso Monteiro	
Egas Carlos Moniz Sodré	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas	
. . . .	

SECRETARIO

O SR. DR. CINCINNATO PINTO DA SILVA.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O SR. DR. THOMAZ DE AQUINO GASPAR.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nesta these.

PONTOS

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO CIRURGICA

QUE INFLUENCIA EXERCEM AS APRESENTAÇÕES E POSIÇÕES SOBRE A VIDA DO FÉTO DURANTE O TRABALHO DO PARTO.

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO MEDICA

SYMPTOMAS MINISTRADOS PELA RESPIRAÇÃO.

SECÇÃO CIRURGICA

HISTOLOGIA DO BAÇO E SUAS ALTERAÇÕES PATHOLOGICAS.

SECÇÃO ACCESSORIA

RESPIRAÇÃO VEGETAL.

SECÇÃO CIRURGICA

QUE INFLUENCIA EXERCEM SOBRE A VIDA DO FETO DURANTE O TRABALHO DO PARTO AS APRESENTAÇÕES E POSIÇÕES?

DISSERTAÇÃO

L'exercice de l'art des accouchements est de la plus haute importance, car c'est de lui que dépendent la vie et la santé, les biens les plus précieux de l'homme.

NŒGÉLÉ—*Accouchement.*

INTRODUCÇÃO

ENVOLTA na noite dos tempos, a historia da tocologia se perde como a de todas as sciencias.

Os povos antigos que vivião na indigencia de civilisação, e nos quaes a instrucção não havia ainda penetrado, povos cuja crença descansava tranquilla nas sombras espessas do fatalismo, sem jamais revestirem-se de vigor para levar o espirito á indagação da verdade, virão indifferentes todos os phenomenos da tocologia.

Os Gregos e os Troyanos, na impossibilidade de evitar tantos desvios da natureza em seu grande acto da reproducção, invocavão a Lucina para presidir o parto, sem receiarem os successos que podessem sobrevir.

Decorrerão os tempos, e após elles, assomou no seculo V, no vasto horisonte da sciencia, um vulto eminente a quem estava destinada a gloria de lançar a pedra fundamental deste monumento colossal—a medicina.

Este vulto foi Hyppocrates, que conhecendo os laços tão estreitos que prendião a medicina á cirurgia, casou-as e fez cahir por terra todas as hypotheses que erão o esteio solido em que se sustentava a medicina de outrora.

Creando uma eschola de observação, começando a estudar todos os phenomenos mecanicos da tocologia e excogitando os meios de evitar suas irre-

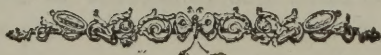
gularidades, fez uso da versão, do delivramento, da pressão no ventre e da embryotomia.

Desse tempo em diante os medicos principiarão a estudar a tocologia. Galeno estudou-a, e conheceu que a contracção synergica dos musculos abdominaes concorria para a expulsão do féto: depois delle, Celso e Aecio reconhecerão as posições viciosas e a obliquidade do utero, mais tarde Paulo de Egina exhibio seus conhecimentos, abrindo escholas onde ensinava partos, já conhecendo então a acção dos ganchos, a possibilidade do parto pelos pés, etc., etc.

A sciencia principiava a progredir, até que no seculo XVI Rhodion e Rueff, dando publicidade ás suas obras, conferirão á tocologia a sua emancipação, destacando-a da medicina.

Desta epocha em diante a tocologia tomou tão grande impulsão pela immensidade de homens como Mauriceau, Delamotte, Levret, Petit, Capuron, Denman, Joulin, Nœgelé, Hyernaux, Caseaux, etc., que se entregarão com affinco a este estudo, de modo que póde-se dizer tem chegado ao seu gráo de perfeição.

Mas ainda assim a tocologia, que devera ter feito mais progressos desde o seu começo e sempre na vanguarda das sciencias, andou com passos bem vagarosos! E porque esta morosidade? Os cerebros de então não formavão o raciocinio como os de hoje? Não havia homens que por ambição de gloria se entregassem com perseverança ás luctas da intelligencia e procurassem a luz pelo choque das ideias?

Não. Para o seu adiantamento era preciso o concurso de suas irmãs— a anatomia e a mecanica—pouco conhecidas, e que suas doctrinas tivessem base assentada, não só no empirismo, senão tambem no ecletismo, unicos e verdadeiros sustentaculos da sciencia.

APRESENTAÇÕES E POSIÇÕES.

> L'art des accouchements est essentiellement pratique: ce n'est ni dans leçons orales ni même sur des manequins, qu'on peut bien l'apprendre; mais pour acquerir de connaissances solides et vraiment utiles, il faut avoir vu souvent, avoir observé, sous la direction d'un maitre habile et dans des cas differens, la marche de la nature, les moyens efficaces de l'aider, de remédier a ses écarts.
>
> CHAUSSIER—*Not. Hist. sur Lachapelle.*

O féto conserva varias e determinadas relações com o utero, até o momento em que termina o trabalho do parto.

Estas relações são chamadas pelos parteiros apresentações e posições. Aquellas são constituidas por qualquer parte do féto que se apresenta no estreito superior, no começo do trabalho do parto; e estas pelas relações destas partes com diversos pontos da bacia.

Antigamente os parteiros não procuravão estudar as posições. Levret, Smellie e Deleurye contentarão-se em reconhecer as apresentações: mais tarde Antonio Petit e Solayrés conhecendo as vantagens estudarão e verificarão as posições.

São por demais conhecidas estas vantagens.

Além de outras quem ignorará que, muitas vezes, do diagnostico de uma posição depende o bom resultado do parto?

Não è pelo diagnostico de uma posição que em alguns casos o medico pratico, com a mão nua ou armada de um instrumento, rouba á morte a vida de dous seres cuja sentença estava lavrada pela mão da fatalidade?

Diversas são as causas da variabilidade das apresentações e posições.

Muitas vezes o féto offerece antes do trabalho do parto uma apresentação e posição favoravel e esta é substituida por outra desfavoravel e *vice-versa!* Que grande influencia não tem a abundante quantidade de liquido amniotico, sua impulsão quando rompe-se a membrana, o tempo em que esta se rompe, a pequenez do féto, etc., sobre as apresentações e posições? Uma má direcção do utero, a anteversão, por exemplo, e as contracções pathologicas não

difficultão a dilatação do collo (que as vezes é imperfeita) e a descida da cabeça, complicando assim uma boa posição?

A irregularidade da parte que se apresenta, não dilatando regularmente o collo uterino, não influe sobre o trabalho, impedindo uma transformação?

Para fazer uma classificação regular de todas as apresentações e posições, muitos parteiros apresentarão uma infinidade de classificações que não trazia senão confusão para a pratica. Hoje a mais abraçada é a de Nægelé, seguida por Dubois e Stoltz.

Estes dividirão o féto em 3 regiões principaes, a saber:

1ª Extremidade cephalica ou cabeça, que comprehende desde o sinciput até as espadoas. 2ª Extremidade pelvianna ou pelvis, que comprehende desde as nadegas e o quadril até aos pés. 3ª O tronco, superficie comprehendida entre as espadoas e o quadril.

Qualquer destas regiões póde apresentar-se verticalmente no estreito superior, de sorte que a linha divisoria do corpo em partes iguaes, caia no centro deste estreito: estas apresentações constituidas assim, chamão-se francas e regulares; se porem, por qualquer causa, devida ao féto ou ao utero, estas partes tomarem uma inclinação mais ou menos grande, não cahindo em cheio no estreito superior, chamão-se irregulares.

Caseaux (1) admitte cinco apresentações. Para a extremidade cephalica; — 1ª a do vertice;—2ª a da face;—3ª a da extremidade pelviana;—4ª a do plano lateral direito;—5ª a do plano lateral esquerdo.

Para determinar as posições destas apresentações elle dividio a bacia em duas ametades:—direita e esquerda,—e em cada uma escolheo tres pontos de relação:—anterior, transverso e posterior.

APRESENTAÇÃO DO VERTICE.

Hyppocrates, desconhecendo a possibilidade do parto por outras apresentações, chamou parto natural áquelle em que o féto se apresenta pelo vertice.

Esta apresentação, a mais frequente e a mais favoravel á vida do féto, póde offerecer variedades, bem como a frontal, a occipital e as parietaes.

Estas irregularidades forão consideradas por Baudelocque como distinctas; mas não influindo ellas no parto, porque ás mais das vezes convertem-se em posições francas, forão acceitas por muitos parteiros como apresentações

(1) Caseaux (Traité des accouch.)

do vertice. Estas conversões em alguns casos deixão-se esperar por algumas horas, findas as quaes o parteiro não reconhecendo-as, deve intervir, porque o resultado seria funesto para o féto, se por ventura fosse confiado ás forças da natureza.

Occasiões ha em que o occiput persiste para atrás, e, não obstante as contracções energicas do utero, permanece no estreito superior, e então vindo de encontro, em cada contracção, ao ramo horisontal do pubis, converte-se em apresentação da nuca. Esta apresentação encontrada por Caseaux nas posições occipito-posteriores esquerda, é todavia contestada, por Joulin, Boivin e Lachapelle, que não encontrarão jamais esta anomalia.

Joulin (2) negando esta apresentação, exprime-se assim: Para que houvesse desvio no sentido da flexão exagerada conviria que a nuca tomasse o lugar do occipital; entretanto que a curtesa do pescoço não permitte uma flexão maior que aquella que se produz depois da ruptura das membranas, quando o orificio uterino causa obstaculo á progressão do féto, e o mento uma vez apoiado sobre o peito constitue uma barreira que limita a flexão de uma fórma insuperavel.

Em todas apresentações do vertice observa-se depois da expulsão do féto, uma intumescencia proveniente de uma infiltração sero-sanguinea no lado que se apresenta no estreito ou na arcada do pubis, intumescencia que augmentando de volume quando o trabalho é mais difficultoso e penivel, embaraça e até impede, não só o movimento de rotação do occiput para a symphése do pubis, como até a descida da cabeça.

Distingue-se esta intumescencia de um cephalematomo (que muitas vezes se podem confundir) pelos caracteres seguintes: este é bem circumscripto, não apresenta mudança na côr da pelle, tem uma fluctuação muito sensivel, e aquella não é bem circumscripta, a pelle é da côr de violeta, não ha fluctuação, e conserva a impressão do dedo.

POSIÇÕES.

Com quanto as apresentações do vertice sejão as mais favoraveis ao feto, todavia as posições não lh'o são todas igualmente: assim as posições occipito-illiacas-anteriores, posições em que o occiput corresponde para um dos pontos da ametade anterior da bacia, são mais favoraveis que as posições

(2) Joulin (Traité des accouch.)

posteriores, porque naquellas os tempos do trabalho do parto se executão livremente, e a impulsão que recebe o feto é quasi recta, emquanto que nestas a descida da cabeça no estreito inferior é vagarosa, e só se completa quando esta posição torna-se anterior.

Nas posições posteriores o occiput, depois de seu movimento de rotação, ou vem collocar-se atrás da symphese do pubis, e neste caso torna-se uma posição anterior, ou conserva-se para atrás, até o fim do trabalho, o que torna o parto difficultoso.

Caseaux demonstra esta ultima asserção de uma maneira convincente, fundando-se nesta proposição incontestavel: « Todas as vezes que uma haste recta e inflexivel tiver de franquear um canal curvo, o franqueará tanto mais facilmente quanto o canal for menos curvo e menos longo, ou a haste mais curta.

« Nas apresentações do vertice, estando o féto em estado de flexão, o eixo longitudinal póde ser dividido em duas partes; uma representada pelo rachis e membros inferiores, é uma haste flexivel; a outra representada pelo espaço desde o vertice até a articulação atloido-axoidianna, é uma haste recta e inflexivel. Ora, nas apresentações occipto-posteriores, até o fim do trabalho, o occiput tendo de apresentar-se adiante da commissura anterior do perinêo, tem a percorrer toda a face anterior do sacro e do perinêo mui estendido: nestas condições, não podendo descer o pescoço e conseguintemente o peito, a cabeça dobra-se fortemente diante do peito, mudando assim a dimensão da haste recta e inflexivel que estende-se neste caso do vertice ás primeiras vertebras dorsaes: temos então uma haste muito mais longa a percorrer um canal mais longo e mais curvo, condicções estas oppostas á asserção mencionada acima. »

Nestas posições não tanto o féto soffre grande pressão, como tambem é commum ver-se, depois que a mulher tem chamado em seu auxilio todas as contracções musculares, o perinêo romper-se, dando passagem á cabeça.

Outra difficuldade se apresenta nas posições posteriores; é que soffrendo a cabeça grande flexão, a impulsão levada ao occiput pelo rachis obra no sentido de uma curva, o que faz perder parte da força, visto como uma força obra na razão inversa da curva que tem de percorrer; e finalmente a cabeça encontrando qualquer embaraço, póde converter a apresentação do vertice na apresentação da face; por exemplo, quando o occiput esbarra contra a ponta do coccix. Mais tarde, quando estudarmos esta apresentação, veremos as vantagens daquella sobre esta.

Não obstante todas estas difficuldades Jacquemier (3) assevera ter visto o occiput desprender-se para atrás, espontaneamente e só pelas forças do organismo, sem que nenhuma destas condições seja sensivelmente apreciavel; e cita observações de praticos como Nægelè que notou em 96 destas posições tres vezes desprender-se para atrás, e Dubois que em 503 posições taes encontrou 39 vezes em que o desprendimento se deu pelo mesmo modo.

Á vista de todos estes obstaculos á terminação do parto, não devemos cruzar os braços ante o leito da parturiente, nunca jamais seguindo o preceito aconselhado por Hyernaux (4) que assim se exprime:

« Il faut au contraire avec confiance laisser agir la nature, certaine que dans la majorité des cas on n'aura qu'à se louer de son expectation. »

COMPARAÇÃO ENTRE AS POSIÇÕES.

Posições anteriores.

As posições occipto-pubiannas, as mais das vezes, convertem-se em diagonaes em virtude da fronte, que escorregando sobre a saliencia do angulo sacro-vertebral, é impellida para o lado direito ou esquerdo, constituindo assim as posições occipto-illiacas-anteriores. Estas não soffrem modificação no trabalho do parto.

Hyernaux julga que as posições occipto-illiacas-esquerdas-anteriores são mais favoraveis que as occipto-illiacas-direitas-anteriores, porque nestas o recto difficulta o movimento de rotação da cabeça.

Posições transversaes.

Estas se transformão em anteriores. O movimento de rotação do occiput é mais demorado e mais longo; e se por acaso as contracções do utero são fracas ou as espadoas se encravão no estreito, apresentando um diametro de 12 centimetros ao menor diametro do estreito superior, o parto é impossibilitado, o que torna precisa a intervenção com os meios d'arte. Levret, Ruych e Delamotte negão este encravamento.

(3) Jacquemar (accouch.)
(4) Hyernaux (accouch.)

Posições posteriores.

As posições posteriores não influem igualmente na saúde do féto: assim diz Caseaux que nas posições occipto-posteriores-esquerdas o parto lhe tem apresentado mais difficuldade, em consequencia de ser mais difficil a descida da cabeça, e sua rotação muito mais lenta; além disto a presença do recto influe sobre o trabalho.

As posições occipto-sacras-directas convertem-se, como as occipto-pubiannas, em diagonaes pelo mesmo processo, com a differença, porém, que neste caso é o occiput que escorrega sobre a saliencia do angulo sacro-vertebral. Estas conversões tornão-se impossiveis, quando a cabeça é volumosa e a bacia pouco desenvolvida.

Pelo estudo comparativo das posições entre si, infere-se que as posições posteriores são mais prejudiciaes á saúde do féto.

Nesta apresentação, segundo as observações (5), em cincoenta meninos morre um.

APRESENTAÇÃO DA FACE.

A apresentação da face, outr'ora considerada de um prognostico fatal para o féto, é hoje depois dos trabalhos de Smellie, Boer, Chevreul e Lachapelle, admittida como possivel.

Segundo as estatisticas está provado que ella é rara; pelo que diz Caseaux (6) que em 250 a 300 partos só se encontra uma.

Esta apresentação póde ser primitiva ou secundaria: na primeira hypothese se a face tem-se conservado no estreito antes do trabalho, e na segunda quando as contracções uterinas são mal dirigidas.

Da mesma sorte que as apresentações do vertice, ella póde apresentar-se regular ou irregularmente (o que é mui raro) segundo actuão as mesmas circumstancias desta apresentação.

Suas apresentações irregulares, conforme alguns parteiros, são: frontal, malares e mento-cervical. Estas tres ultimas são raras, e só forão observadas tres vezes por Lachapelle e Delamotte.

Creio com Joulin (7) na impossibilidade da apresentação mento-cer-

(5) Hyernaux, Dubois, Chailly-Honoré e Penard.
(6) Caseaux (Traité des accouch.)
(7) Joulin (accouch.)

vical, porque parece impossivel que o occiput parado pelo dorso do féto possa dobrar-se a tal ponto, que deprimindo profundamente este obstaculo, o mento occupe o centro da excavação.

Ainda este proprio autor diverge na classificação destas apresentações, julgando por demais a variedade frontal que deve pertencer ao vertice e não á face, sobre o que exprime-se deste modo: «Conserver ces deux divisions serait créer un double emploi, une source de confusion manifeste, car dans les deux cas, les rapports de la tête avec le détroit superieur sont les mêmes et les points de repère sur la présentation sont identiques.»

Stoltz e Guardien que acceitão a possibilidade do parto pela apresentação mento-cervical, dizem que esta é mais perniciosa que a da fronte, porque a cabeça em reviramento completo e as espadoas descendo com a cabeça tendem a encravar-se, o que é um grande embaraço para a realisação do parto.

Na apresentação da face o trabalho é mais longo, não por apresentarem-se ao estreito inferior os maiores diametros da cabeça, como julga Capuron; mas porque não só a dilatação do collo é mais lenta, em consequencia de maior abundancia de liquido amniotico entre a parte que se apresenta e o collo do utero, circumstancia esta que influe na demora da dilatação do collo, como tambem porque o mento introduzido debaixo da symphese do pubis e conseguintemente produzindo a flexão, faz com que a força expulsiva obre no sentido de uma curva, perdendo assim parte de sua energia e finalmente porque os ossos da face são menos reductiveis que os do vertice.

Quando o trabalho se prolonga, Lachapelle tem observado que o féto é atacado na maioria dos casos de apoplexia, congestão e convulsão, em consequencia de que quando a cabeça franqueia o collo uterino e principalmente quando a parte anterior do pescoço está collocada debaixo da symphese pubianna, a compressão mui prolongada que se estende até as jugulares, dá causa a que a sahida do sangue seja embaraçada.

A face, da mesma sorte que o vertice, é tambem a séde de uma ecchymose ou infiltração sero-sanguinea, que dá um aspecto hediondo ao féto, tanto mais sensivel quanto o trabalho é mais prolongado: a face torna-se negra, os labios revirados, e as buchechas tumefeitas a ponto de encobrir o nariz.

Isto se dissipa por alguns dias, e sua marcha abrevia-se com os meios therapeuticos.

Em virtude da distensão prolongada da cabeça, esta tende quasi sempre a conservar a posição primitiva, pois que havendo um esgoto dos musculos do pescoço, a cabeça não pode chegar-se para o peito.

Neste estado conserva-se a cabeça por dous ou tres dias, findos os quaes esta posição viciosa desapparece.

Todas estas apresentações irregulares se corrigem durante o trabalho do parto e principalmente no tempo da descida da cabeça; se porem algumas horas depois, não se der a conversão, o parteiro deve com o auxilio d'arte levar a salvação a quem por uma casualidade fatal estava sentenciado a não ver-se livre do carcere materno.

POSIÇÕES.

Como as posições da apresentação do vertice, as da face influem desigualmente sobre a saude do féto.

Sendo uma das condições indispensaveis para terminar-se o parto a conversão das posições em mento-pubiannas, podemos desde já dizer que as posições anteriores são muito mais favoraveis que as posteriores.

Vejamos. As anteriores percorrem um pequeno espaço para sua conversão em mento-pubianna, posição esta a mais favoravel em consequencia de ser o caso unico em que a descida pode ser completa, visto como a curteza do pescoço mede a parede mais curta da bacia, e o mento chega ao estreito inferior, ficando o thorax no estreito superior.

Entretanto nem sempre se dão estas condições nas posições posteriores, digo nem sempre, porque as posições posteriores ás mais das vezes, convertem-se em anteriores; em outros casos, porem, o mento conserva-se em posição posterior, não podendo por isso completar-se a descida, não só porque o pescoço é curto para medir uma parede tão longa, se não tambem que com elle terião de descer as espadoas; o que é impossivel, por isso que os seos diametros e os da cabeça, ou a linha prœsterno-scincipital tem 13 a 14 centimetros, em quanto que o maior diametro da excavação tem 11 centimetros.

Velpeau e Guillemot opinão diversamente do que referimos a cima, explicando a seo belprazer o mecanismo; e trazem em sua confirmação os casos citados por Smellie, Delamotte e Meza: mas todos estes exemplos são apenas excepções que não influem sobre a regra geral, visto como em todas essas hypotheses as mulheres tinhão a bacia larga, os partos davão-se prom-

ptamente e os meninos nascerão mortos, apresentando pequenas dimensões; mas no caso de Meza foi preciso extrahir o féto pelo forceps.

Alem destes dous modos de desprendimento, Lachapelle (8) vio a cabeça sahir transversalmente, tendo a fronte para um lado da vulva o occiput para o outro.

Nestas posições, em quanto ellas persistem, a expulsão espontanea só tem lugar quando, alem das poucas dimensões da cabeça, o mento chegando na grande chanfradura sciatica, deprime as partes molles, e augmentando assim 6 a 8 millimetros ao diametro obliquo da excavação, permitte o diametro occipto—mentonianno (que mede 13 e 1/2 centimetros) atravessar o estreito e a cabeça por-se em flexão.

Nesta apresentação morre um em vinte meninos (9) e um em dez ou doze (10).

APRESENTAÇÃO DA EXTREMIDADE PELVIANNA.

Na antiguidade, quando não se conhecia a possibilidade destas apresentações, erão julgadas de máo prognostico para o feto.

Os Arabes por uma superstição acreditavão que os meninos nascidos por esta apresentação, erão fadados para um máo destino, visto como Nero, Agrippa e Ricardo, Rei da Inglaterra, que nascerão por esta apresentação, deixarão bem estampadas na historia suas façanhas.

As apresentações da extremidade pelvianna ou podalica são mui perigosas, e mais frequentes que as da face e menos que as do vertice. Provão a maior frequencia desta apresentação as estatisticas de Lachapelie, Boivin, P. Dubois, Collins e Ramzbotham.

A extremidade pelvianna pode apresentar-se de trez maneiras, a saber: pelas nadegas, pelos pés e pelos joelhos.

Estas apresentações podem occasionar modificações que não influindo sobre o mecanismo do parto, não são consideradas como apresentações distinctas. Dugés foi quem em primeiro logar reduzio estas variedades de apresentações a uma só, a da extremidade da pelvianna.

Entre as trez variedades desta apresentação observou-se na maternidade

(8) Lachapelle (Accouch deuxieme memoire.)
(9) Joulin (Accouch.)
(10) Hyernaux e Chailly—Honoré.

de Bruxellas que em 6839 partos 251 forão por esta extremidade, e destes 140 pelas nadegas, 105 pelos pés e 6 pelos joelhos.

Assim como as apresentações do vertice e da face, as da extremidade pelvianna influem desigualmente sobre a vida do féto.

Alguns parteiros são de parecer que a apresentação das nadegas é mais perniciosa que a dos pés, porque naquella o parto é mais longo. E' verdade que as nadegas apresentão maior volume que os pés; mas logo que ellas são introduzidas no estreito, soffrem uma reducção tão grande e amoldão-se ao canal pelvianno, de sorte que não estendem as partes molles e o féto experimenta menos compressão.

Asdrubali observou nesta apresentação que muitas vezes as pernas cruzão-se diante das nadegas em lugar de levantarem-se para o abdomen, tornando mais trabalhoso o parto. Mas por dar-se um incidente tão nocivo no decorrer do parto, podemos augurar mal de uma apresentação? Muitas vezes uma apresentação e uma posição bôa não se complicão de uma procidencia, de um cruzamento de braços, de um desvio da parte? e entretanto podemos dizer que esta apresentação é má?

Alguns parteiros, entre estes P. Dubois, creem que as nadegas apresentando um volume mais consideravel, o parto assemelha-se mais ao parto pelo vertice.

Os que preferem a apresentação dos pés, fazem valer o seguinte: os pés apresentando-se no collo uterino, dilatão-no mais lenta e gradualmente em consequencia de seu volume mais consideravel debaixo para cima, e semelhante a uma rolha que, sendo apresentada a extremidade mais fina, é facilmente introduzida no gargalo de uma garrafa.

Não ha paridade nos casos.

Se a rolha é introduzida facilmente, é porque á medida que se aproxima da extremidade mais grossa, nós empregamos mais força; e no parto pelos pés, quanto mais grosso torna-se a extremidade, tanto mais diminue a força contractil do utero. Podemos estabelecer esta proporção:—na introducção da rolha a força está na razão directa da extremidade mais grossa, mas no parto pelos pés a força está na razão inversa da extremidade mais grossa.

A forma dos pés difficultando a dilatação do collo uterino, não tapando perfeitamente o orificio e conseguintemente dando lugar a um escorrimento de liquido consideravel e continuo que produz uma depleção subita e mais tarde a inercia do utero, influe sobre o prognostico desta apresentação.

A apresentação dos joêlhos é menos favoravel que a das nadegas e a dos

pés, porque os membros inferiores collocão-se transversalmente, ou esbarrão contra as paredes da bacia.

Conhecida a influencia desigual destas apresentações sobre os partos, vejamos o que póde dar a morte ao feto.

Quando o feto se apresenta pelos pés, será o recalcamento dos liquidos produzido pela acção do frio sobre o tronco como quer Osiander e Flamant, ou pela compressão graduada debaixo para cima, produzindo a congestão cerebral e derramens apopleticos?

Não. Para que houvesse recalcamento dos liquidos seria preciso que a contracção do utero fosse permanente e que comprimisse todos os vasos dos membros: Ora, esta contracção é alternada e não comprime todos os vasos dos membros; logo não pode haver o recalcamento. Finalmente esta fluxão seria sempre na parte expellida, como se nota na face e no vertice.

A morte do féto é devida á asphyxia pela compressão do cordão umbilical.

Cazeaux dando a explicação deste facto exprime-se assim:—Após o desprendimento da extremidade pelvianna, o cordão acha-se collocado na escavação e na cavidade uterina, entre a parede da bacia e o tronco, e mais tarde entre a bacia e a cabeça; desprendendo-se estas partes com mais vagar, comprimem o cordão, interceptando sua circulação. O sangue do féto põe-se na placenta em contacto mediato com o sangue materno, resultando deste contacto uma modificação analoga a que experimenta o sangue do adulto nos pulmões em presença do ar atmospherico. Ora, sendo obstada a circulação do cordão, o féto acha-se nas condições de um adulto privado do ar atmospherico.

Cazeaux tambem dá outra explicação da asphyxia, e é a seguinte: Depois de ter sahido toda extremidade pelvianna e o tronco, a cabeça desce para excavação, o utero vasio retrahe-se, a esta retracção succede o descollamento da placenta e o féto acha-se nas condições de ha pouco.

Van Huevel diz que não é preciso que haja este descollamento, e que demorando-se a cabeça na excavação, basta a retracção do utero para fazer parar a circulação utero-placentaria.

A resistencia das partes molles nas primiparas faz demorar o parto e concorre para a compressão do cordão.

Na maioria dos casos desta apresentação, desprendendo-se os pès, as nadegas e o tronco, ficão os braços aos lados da cabeça, ou se cruzão atraz

da nuca. Estas duas circumstancias são obstaculos serios para a expulsão do féto e tornão, ás vezes, precisa a intervenção do medico.

Nesta apresentação o sexo paga o seo tributo. O escroto é sujeito a contuzões, como tem observado Vanhaesendonck (11), á infiltração sero-sanguinea que se estende, ás vezes, até ao proprio tecido dos testiculos, como pela dissecção Lachapelle (12) tem encontrado e á do prepucio, segundo Denman.

POSIÇÕES.

As posições mais frequentes são: sacro-illiacas-esquerdas-anteriores e sacro-illiacas-direitas-posteriores.

As anteriores são mais favoraveis, visto como o movimento de rotação é menor e no desprendimento da cabeça o occiput percorre menor espaço para chegar atraz da symphese pubianna.

Nas posições posteriores, ou o occiput depois da rotação, vem collocar-se atraz da symphese do pubis ou fica para a parte posterior da bacia até o fim do trabalho: no primeiro caso o parto se termina como nas posições anteriores, e no segundo a cabeça se desprende por flexão e mui raras vezes por extensão; neste caso o mento fica reprimido entre o pubis, de sorte que prolonga o trabalho e dá lugar á compressão do cordão.

Joulin não crê na possibilidade deste desprendimento e Mauriceau, Lachapelle e Velpeau assignalão-no como mui raro e referem apenas dous casos pertencentes, um a Leroux e outro a Eckardt.

Nas posições sacro-illiacas-transversaes e posteriores esquerdas, o mecanismo é identico ao parto nas posições sacro-illiacas-esquerdas-anteriores, com a differença, porém, que o movimento de rotação é muito maior naquellas; e nas posições sacro-illiacas-transversaes e posteriores-direitas o mecanismo é igual ao da direita e anterior.

Nesta apresentação morre um em seis ou sete meninos (13) ou um em onze (14).

Nas trez variedades ha esta proporção:—para as nadegas—um em sete; para os pés—um em oito e meio; e para os joêlhos um em quatro (15)

(11) Cit. por Chailly H.
(12) Lachapelle (Livre 2° quartienne memoire.)
(13) Joulin (Traités des accouch.)
(14) Dubois.
(15) Lachapelle.

ou um em sete (16). Cazeaux tem observado que o prognostico nestas apresentações é o seguinte:—para as nadegas—um em oito; para os pés—um em seis; e para os joêlhos—um em quatro.

APRESENTAÇÃO DO TRONCO.

As apresentações do tronco, ou segundo Lachapelle as apresentações das espadoas, são mais raras que todas as outras.

O tronco póde apresentar-se pelo plano lateral direito e pelo lateral esquerdo.

Alguns parteiros admittirão tambem a apresentação do externo e do dorso; mas se tem reconhecido que estas são variedades daquella apresentação.

Nestas apresentações não é raro ver-se, durante o trabalho, a procidencia da mão na vagina e até na vulva..

A versão ou a evolução são os dous modos de terminar-se o parto nesta apresentação: aquella é o resultado mais feliz que a natureza ou o medico póde apresentar á mulher e ao féto, porque nestes casos o parto póde terminar-se como nas apresentações da extremidade cephalica ou pelvianna.

Reconhecendo viver ainda o féto, não devemos jamais seguir a pratica erronea de Denman, em esperar que o parto se effectue por si mesmo.

E' mui raro que o parto pela evolução tenha um bom exito para o féto, a menos que este seja pequeno, a bacia tenha uma larga conformação, o parto seja antes do termo, o utero contraia-se energicamente e tenhão sido numerosos os partos anteriores.

A evolução traz sempre um prognostico fatal. A parturiente passa por um trabalho mui doloroso e longo, que produz em alguns casos a ruptura do utero, do perinêo, o esphacelo das partes molles, perturbações puerperaes; e o féto soffre uma pressão tão violenta que lhe traz quasi sempre a morte.

Velpeau observou que em 137 meninos nascidos pela evolução espontanea perecerão 125, escapando 12. E' sobre estas e outras observações que alguns parteiros admittem o parto pela evolução espontanea.

Burns concorda com esta possibilidade, fundando-se em que o féto apresentando o seu maior diametro de 13 $^1/_2$ centimetros, póde soffrer uma grande reducção pela compressão.

(16) Jacquemir (Manuel des accouch.)

Divirjo no modo de pensar de Velpeau e Burns, porque estes citando a sua estatistica, não dizem se os 12 meninos, que viverão, tinhão dimensões normaes e se não estavão nas condições acima referidas, isto é, a possibilidade do parto pela evolução, condições estas que não se dando, a compressão do féto dá sempre em resultado a morte.

Scanzoni (17) não admitte a evolução espontanea com bom resultado para o féto, e diz que alguns casos felizes citados por certos authores são quasi sempre erros, e que se tem tomado uma versão espontanea pelas nadegas por uma evolução espontanea.

Pela difficuldade da terminação do parto o medico deve, reconhecida a apresentação, saber esperar para praticar a versão, unico meio de salvar-se o féto.

POSIÇÕES.

As posições nestas apresentações são duas para cada lado do tronco, a saber: para o lado direito—a 1.ª da espadoa direita,—cephalo ou acromio-illiaca-esquerda, e a 2.ª da espadoa direita, cephalo ou acromio-illiaca-direita; e para o lado esquerdo,—a 1.ª da espadoa esquerda, cephalo ou acromio-illiaca esquerda, e a 2.ª a espadoa esquerda,—cephalo ou acromio-illiaca-direita.

Nestas posições ha duas nas quaes o dorso do féto corresponde para diante, que são:—1.ª da espadoa direita e 2.ª da espadoa esquerda, as quaes são mais frequentes, e segundo Lachapelle mais favoraveis em consequencia de ser mais facil de executar-se a versão.

São estas as considerações que temos a fazer sobre o ponto escolhido para a these.

Lamento que ellas não sejão selladas pelo cunho da observação propria, principalmente quando nesta capital existe uma Faculdade de Medicina que possue professores que são os seus ornamentos.

Devendo portanto firmarem-se em observações e experiencias, tem apenas por sustentaculos theorias que não valem muito sem a pratica, porque sem esta não tem o seu verdadeiro peso.

Além disto cremos no que diz Baudelocque. O objecto que fere a vista e

(17) Scanzoni (Prat. de l'art des accouch.)

que affecta os sentidos se gravão melhor no espirito e deixão traços mais duraveis do que aquelles de que se tem conhecimento pela descripção.

O velho Horacio já dizia.

Segnius irritant animos demissa per aurem.
Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus.....

(Arte Poetica.)

SECÇÃO MEDICA

SYMPTOMAS MINISTRADOS PELA RESPIRAÇÃO

PROPOSIÇÕES.

I

A respiração é uma funcção que tem por fim pôr o sangue venoso e os materiaes do sangue (taes como a lympha e o chylo) em contacto com o ar atmospherico, afim de dar a este liquido, pela hematose, as qualidades vivificantes do sangue arterial. (Bouchut)

II

De todas as funcções que a physiologia estuda, a respiração é sem duvida uma das mais importantes.

III

Os symptomas ministrados pela respiração são de grande importancia para o diagnostico de algumas molestias.

IV

Baseada no mecanismo da respiração no estado physiologico, a pathologia perscruta e decifra a causa de diversas perturbações, que ella patentea no estado pathologico.

V

Muitos e variados são os symptomas, que nos movimentos alternativos de inspiração e expiração, a pathologia recolhe.

VI

Dos symptomas respiratorios ministrados pela auscultação a sciencia hodierna tem conseguido mais esplendidos triumphos.

VII

As variedades de dyspnéa, e as desigualdades dos movimentos respiratorios, são tambem de grande alcance na semeiologia de muitas affecções.

VIII

A rudeza da respiração, a respiração tubular, cavernosa e amphorica denuncião a existencia de estados pathologicos, que não devem ser confundidos.

IX

Os fervores crepitantes, subcrepitantes, mucosos, cavernosos, sonoros e sibilantes induzem, na pluralidade dos factos, o pratico a diagnosticar, não só a existencia e a séde, mas até a especie da affecção de que se trata.

X

O tinido metallico e as diversidades de ruido de attrito das pleuras, são de grande importancia.

XI

A egophonia a bronchophonia e a pectoriloquia tambem offerecem grande valor semeiotico.

XII

A percussão só ou acompanhada da auscultação preta valiosos serviços.

XIII

O augmento de sonoridade do thorax, a sua diminuição, a substituição por novos sons, são os symptomas que mais geralmente a percussão revela.

SECÇÃO CIRURGICA

HISTOLOGIA DO BAÇO E SUAS ALTERAÇÕES PATHOLOGICAS

PROPOSIÇÕES

I

O baço é uma glandula vascular sanguinea, envolvida em dous envolucros que são:—Uma membrana serosa e uma fibrosa ou membrana propria, tendo esta em sua espessura fibras laminosas e elasticas.

II

A' existencia das fibras elasticas e musculares são devidas a contractilidade e a elasticidade do baço.

III

As arterias do baço depois que tornão-se capillares, se ramificão, umas entre as vesiculas fechadas, e outras na propria superficie destas vesiculas.

IV

As veias, muito consideraveis e volumosas, se anastomosão no parenchima. Sua parede mui`delgada encerra muitas fibras cellulas.

V

A veia esplenica antes de entrar no baço contem uma tunica adventicia, espessa e uma camada de fibras circulares; logo que ella penetra no baço, estas duas tunicas reunem-se com diversas tunicas ahi existentes, ficando apenas a veia com a sua tunica.

VI

As vesiculas fechadas, acinus ou glomerulos de Malpighi, existentes em muitas partes do baço, compõem-se de uma parede propria espessa, estriada, granulosa e de uma cavidade com nucleos epitheliaes esphericos e cellulas de tecido pavimentoso.

VII

O que constitue o parenchima do baço é a polpa esplenica que é envolvida em uma rede de trabeculas.

VIII

A constituição da polpa esplenica é um epithelio nuclear espherico, (sem nucleolo) cellulas polyedricas e cellulas contendo granulações formadas de hematosina.

IX

O baço apresenta uma hypertrophia especial, caracterisada por grande quantidade de grãosinhos que ás vezes chegão ao tamanho de uma lentilha. Este estado é chamado—estado ceroso.

X

Esta alteração é devida á presença dos sympexiões nas vesiculas fechadas.

XI

Na hyperemia do baço, que é caracterisada por um augmento de volume do orgão, em consequencia de grande quantidade de sangue coagulado, ha muitas vezes nucleos apopleticos consideraveis, e a capsula fibrosa do orgão apresenta placas cartilaginosas ou osseas.

XII

A hypertrophia caracterisada pelo augmento da polpa esplenica depende de uma retenção de elementos cellulares.

XIII

A hypertrophia devida á leukemia, tem por causa uma hyperplasia de elementos cellulares.

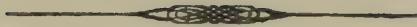
XIV

A tuberculose quando tem sua séde primitiva no baço é caracterisada por grande numero de tuberculos miliares.

XV

Quando é dependente da tuberculose do intestino e dos ganglios mesentericos, os tuberculos se reunem em uma massa amarella e caseosa.

XVI

Quando o cancro invade o baço, já tem accommettido o estomago e o figado.

SECÇÃO ACCESSORIA

RESPIRAÇÃO VEGETAL

PROPOSIÇÕES

I

Os vegetaes, assim como os animaes, respirão.

II

A seiva é para os vegetaes o que é o sangue para os animaes.

III

A luz é indispensavel para a respiração vegetal.

IV

Todas as partes verdes e as que estão mais em contacto com diversos agentes são aptas para a funcção da respiração.

V

A funcção da respiração consiste na troca dos gazes—oxigeneo e acido carbonico.

VI

Os vegetaes debaixo da acção dos raios solares absorvem acido carbonico e exhalão oxigeneo.

VII

Na ausencia da luz dá-se o inverso: absorvem oxigenio e expellem acido carbonico.

VIII

As modificações de temperatura influem sobre a respiração vegetal.

IX

Os fructos verdes, e principalmente os que contem estomatos, respirão como as folhas.

X

Ha vegetaes cuja respiração não pode ser explicada pela theoria de Halles.

XI

As plantas parasitas que não são verdes, e as raizes das plantas, desprendem, quer de noite, quer de dia, acido carbonico.

XII

O ar atmospherico e o terreno em que vive a planta, fornecem acido carbonico ao proprio vegetal.

XIII

A trachéa, julgada antigamente como essencial para a respiração vegetal, é hoje considerada inutil.

HYPPOCRATIS APHORISMI.

I

Cúm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

(*Sect.* 1ª *Aph.* 8.)

II

Lienosis dysenteria superveniens, bonum.

(*Seot.* 6ª *Aph.* 48.)

III

Si a febre detento, tumore in faucibus non existente, suffocatio ex improviso superveniat, lethale.

(*Sect.* 4ª *Aph.* 34.)

IV

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile.

(*Sect.* 5ª *Aph.* 60.)

V

Mulier in gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus.

(*Sect.* 5ª *Aph.* 31.)

VI

Mulieri, menstruis deficientibus, é naribus sanguinem fluere, bonum.

(*Sect.* 5ª *Aph* 33.)

Remettida á commissão revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 30 de Setembro de 1871.

Dr. Cincinnato Pinto.

Está conforme os Estatutos. Bahia 21 de Outubro de 1871.

Dr. A. G. Martins.
Dr. Claudemiro Caldas.
Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia 9 de Novembro de 1871.

Dr. Magalhães.

BAHIA—IMPRESSA NA TYPOGRAPHIA DO DIARIO.—1871.